Lane Medical Library

Ueber die

Ausgangsstadien nicht geheilter Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe.

Der medicinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt

unter dem Präsidium des

HERRN OBERMEDICINALRATS PROF. DR. GRASHEY

von

PAUL MOCKRAUER,

appr. Arzt aus Berlin.

München 1894.

Joh. Gg. Weiss'sche Buchdruckerei (Josef Olbrich).

Ueber die

Ausgangsstadien nicht geheilter Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe.

Der medicinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt

unter dem Präsidium des

HERRN OBERMEDICINALRATS PROF. DR. GRASHEY

von

PAUL MOCKRAUER,

appr. Arzt aus Berlin.

München 1894.

Joh. Gg. Weiss'sche Buchdruckerei (Josef Olbrich).

Die Ausgangsstadien nicht geheilter Psychosen sind noch wenig einer genaueren Untersuchung unterzogen worden. Es ist dies an und für sich nicht verwunderlich, denn in den grossen Irrenanstalten wechselt das Material meist zu schnell, um die ungeheilt bleibenden Kranken noch nach Jahren und Jahrzehnten beobachten zu können. Diese Unglücklichen gehen in andere Anstalten oder in Privatpflege über und sind damit einer eingehenderen psychiatrischen Untersuchung für gewöhnlich entzogen. Aber auch da, wo dies nicht zutrifft, hat man bisher nur selten Veranlassung genommen, sich mit dem psychischen Zustande der sekundären Geistesschwachen näher zu beschäftigen. Therapeutisch ist ja für sie nichts mehr zu erreichen, und so bieten sie für den Arzt a priori ein geringeres Interesse als die primären Fälle Auch sind die Lebensäusserungen solcher Kranken oft so geringfügiger Natur, dass sie einer eingehenden Untersuchung kaum zu verlohnen scheinen. Und doch ist die nähere Kenntnis dieser Ausgangszustände durchaus nicht ohne Interesse und wohl auch nicht ohne praktische Bedeutung. Es wäre doch entschieden als ein Fortschritt der ärztlichen Erkenntnis zu bezeichnen, wenn wir schon im Beginne einer Psychose mit einiger Sicherheit sagen könnten,

welches Schicksal dem Patienten bevorsteht, falls sein Leiden nicht zur definitiven Heilung gelangt. Ob er wenigstens in einen dauernd ruhigen, harmlosen Zustand übergehen oder ob er zeitlebens ein Bewohner der Irrenanstalt bleiben wird.

Das beginnende Interesse für die Ausgangsstadien der Psychosen fällt mit der Erkenntnis der Paranoia als primärer Krankheitsform zusammen. Snell gebührt das Verdienst, sich zuerst eingehend mit der Frage beschäftigt zu haben, in welchem Zustand ungeheilt bleibende Manieen und Melancholieen gelangen Noch ausgehend von der allgemeinen Anschauung, dass die Verrücktheit ein sekundäres Produkt von Manieen und Melancholieen sei, verfolgte er eine grosse Zahl von Paranoiafällen nach ihrem Ursprungszustande zurück. Als er aber hierbei fast niemals auf ein wirklich melancholisches oder maniakalisches Stadium kam, schlug er nunmehr den umgekehrten Weg ein und beobachtete an zweifellosen Fällen von Manie und Melancholie den Ausgangszustand. Er kam hierbei (1865) zu dem unerwarteten Resultate, dass „die Manieen und Melancholieen in verschiedenartige psychische Sschwächezustände, in allgemeine Verwirrtheit, in aufgeregten und apathischen Blödsinn, aber nicht in eine rein ausgeprägte Monomanie übergingen.“ „Der Wahnsinn“, so folgerte Snell daraus weiter, „entwickelt sich in seinen reinen Formen als primäre Geistesstörung, die aus Manie und Melancholie hervorgehenden ähnlichen Zustände unterscheiden sich durch ein allgemeines Ergriffensein des Seelenlebens.“

Snells Untersuchungen gaben den Anstoss zu einer grösseren Reihe weiterer Veröffentlichungen über die Ausgangsstadien wenigstens von Melancholie und Manie. Alle späteren Beobachter bestätigten Snells Angaben, und 1876 stellte Westphal die apodiktische Behauptung

auf, dass eine Melancholie überhaupt niemals in Paranoia übergehen könnte. In diesem Umfange ausgesprochen, fand Westphals These aber doch Widersprüche. Von Nasse, Mendel, Gnauck, Neisser wurden vereinzelte Fälle berichtet, in denen die Beobachter mit aller Bestimmtheit einen Uebergang von Melancholie in Paranoia annahmen. Westphal hat keinen dieser Fälle als absolut beweiskräftig angesehen, und auch Koch-Zwiefalten, Salgó u. A. leugnen die Möglichkeit eines solchen Ueberganges. So bildet denn diese Frage noch immer einen Streitpunkt in dem ohnehin wenig aufgeklärten Gebiete. Ja, man muss bekennen, dass in wenigen Teilen der Psychiatrie eine so geringe Uebereinstimmung der Autoren herrscht, als gerade in der Lehre von den Ausgängen der Psychosen. Möge daher auch von diesem Gesichtspunkte aus dem Verfasser verstattet sein, einen Beitrag zur Kenntnis dieser Fragen zu liefern.

Das Material, welches zu den vorliegenden Untersuchungen verwendet wurde, erstreckt sich auf 170 sekundäre Fälle (78 männliche und 92 weibliche Patienten), die in den Jahren 1862 bis 1891 in der Münchener Kreisirrenanstalt Aufnahme fanden. Die Krankheitsdauer beträgt also auch bei den jüngsterkrankten Patienten mindestens 2 Jahre, so dass der sekundäre Charakter des jetzigen Zustandes wohl bei Allen ausser Zweifel steht. Die Diagnose des primären Leidens dieser Kranken konnte natürlich nur aus den Angaben des Krankenjournals festgestellt werden, dagegen ist der status praesens in allen Fällen durch eingehende persönliche Untersuchung eruiert worden.

Zu der grossen Zahl der sekundären Geistesschwachen stellen die Melancholischen entschieden das kleinste Kontingent. Unter den hier untersuchten 170 Kranken befanden sich nur 6, bei denen Melancholie als primäre

Affektion festgestellt werden konnte. Es sind dabei aber als Melancholie nur jene reinen Fälle bezeichnet worden, die durch den Symptomenkomplex, tiefe Gemütsdepression, wirkliche Kleinheitsideen und verlangsamten Vorstellungsablauf charakterisiert sind. Die echte Melancholie erscheint somit, selbst wenn man die Zahl der Geheilten und Verstorbenen nach den durchschnittlichen Angaben in Rechnung ziehen würde, als eine seltene Krankheitsform.

Ueber die Ausgänge der Melancholie lauten die Angaben der Autoren recht widersprechend. Während Krafft-Ebing, Kirchhoff u. a. die Persistenz der melancholischen Wahnideen, wenn auch in abgeschwächtem Masse, als die Norm bei ungeheilten Fällen ansehen, werden von Schüle, Savage u. a. sekundäre Schwachsinns- bis Blödsinnszustände ohne Wahnideen als definitiver Ausgang bezeichnet.

Bei den hier beobachteten 6 Fällen wurde 5 Mal ein einfacher Schwachsinnszustand ohne Wahnideen als Ausgang festgestellt. Der Grad der psychischen Schwächung war in den einzelnen Fällen verschieden, doch kam ein tiefer apathischer Blödsinn niemals zur Beobachtung. Die psychische Schwächung erstreckte sich bei allen Patienten vornehmlich auf die Willenssphäre, das intellektuelle Gebiet erschien viel weniger tangiert. Die Gemütsstimmung war nur bei einem Kranken eine ausgesprochen deprimierte, bei den anderen eher ängstlicher oder schwankender Natur.

Nur in 1 Falle von Melancholie konnte die Andauer früherer Wahnideen, also ein Stadium sekundärer Verrücktheit, als gegenwärtiger Zustand festgestellt werden. Und auch in diesem einen Falle ist der definitive Ausgang der Psychose sicher noch nicht erreicht, da die betreffende Patientin noch immer Hallucinationen hat.

Diese Hallucinationen sind sowohl nach den Angaben des Krankenjournals als auch nach der glaubwürdigen Aussage der Patientin noch in steter Abnahme begriffen, und es wird daher wohl auch diese Patientin in einen einfachen Schwachsinnszustand gelangen. Das Bild der sekundären Verrücktheit, das sie jetzt zeigt, haben sicher alle andern Melancholiker auch eine Zeit lang geboten, da ja die melancholischen Wahnideen nur allmählich zu verblassen pflegen. Und doch ist schliesslich bei allen Kranken ein einfacher Schwachsinn ohne Wahnideen der definitive Ausgang gewesen. Man wird daher kaum fehlgehen, wenn man die sekundäre Verrücktheit nur als ein Uebergangsstadium ansieht, und so klären sich auch die widersprechenden Angaben der Autoren ungezwungen auf. Wie lange aber ein solches Stadium andauern kann, konnte an dem vorliegenden Material nicht entschieden werden.

Für die in der Einleitung berührte Frage, ob eine Melancholie in Paranoia übergehen könne, wurde kein positives Material aufgefunden. Dagegen befinden sich unter den später aufgeführten Paranoiafällen mehrere, die ein deutlicher Beweis für die Angaben Westphals und Kochs sind, dass zweifellos primär Verrückte zeitweilig einen der Melancholie ähnlichen Symptomenkomplex bieten können. Doch entsprangen bei diesen Patienten die Kleinheitsiden nicht einer tiefen Gemütsdepression, sondern waren meist nur die Folge augenblicklicher Hallucinationen, auch fehlte die Verlangsamung des Vorstellungsablaufes gewöhnlich ganz. Es hätten also diese Fälle auch schon in dem melancholischen Stadium mit echter Melancholie kaum verwechselt werden können, ganz abgesehen davon, dass meist schon nach kurzer Zeit die typische Paranoia zu Tage trat.

Häufiger als Melancholie konnte echte Manie,

charakterisiert durch expansive Gemütsstimmung, Grössenideen und Beschleunigung des Vorstellungsablaufes, meist mit Ideenflucht, als primäre Psychose bei den jetzt geschwächten Kranken eruiert werden. Unter den erwähnten 170 Kranken befinden sich 17 ehemals maniakalische Patienten. Der Ausgang, den diese 17 Fälle genommen haben, stellt sich im einzelnen als ein ziemlich differenter dar.

In 2 Fällen kam ein Zustand zur Beobachtung, den man als sekundäre Verrücktheit bezeichnen kann, insofern die Kranken Wahnideen, die nicht mehr vom Affekt getragen sind, noch mit einiger Bestimmtheit äussern. Aber es muss hervorgehoben werden, dass dieser Zustand von der echten sekundären Verrücktheit, wie sie sich namentlich als Ausgang von Paranoia darstellt, doch wesentlich verschieden ist. Die Wahnideen der ehemals Maniakalischen haben etwas Vages, Unbestimmtes, werden, wenn man eingehender fragt, immerwährend modifiziert und tragen ausschliesslich den Charakter von Grössenideen.

Die Entstehung eines solchen, nach dem übereinstimmenden Urteile aller Psychiater recht seltenen Ausganges ist wohl so zu denken, dass trotz des raschen Ablaufes aller Funktionen bei dem Maniakus eine Fixation einzelner Wahnideen stattgefunden hat. Bei der grossen eintretenden psychischen Schwächung ist aber eine Systematisierung dieser Ideen nicht möglich gewesen, und so erfüllen sie nun ohne Zusammenhang das Vorstellungsgebiet des Kranken.

Die Frage, welche Fälle von Manie wohl diesen auffallenden Ausgang nehmen, konnte bei dem geringen in Betracht kommenden Material nicht eingehender untersucht werden. Es sei daher nur erwähnt, dass

beide hier beobachteten Fälle lange Zeit für paralytisch gegolten haben und noch heute, nach 11 bezw. 14 jähriger Krankheitsdauer, suspekte Symptome (Pupillarstörungen) zeigen.

Häufiger als zur sekundären Verrücktheit führt die Manie zu einem Ausgange von Schwachsinn mit hochgradiger Verwirrtheit. Ich möchte diesen Zustand im Gegensatz zu manchen Autoren von dem des aufgeregten Blödsinns trennen, insoferne die verwirrten Kranken durchaus nicht immer eine erhebliche Aufregung zeigen. Was diesen Ausgang vielmehr charakterisiert, ist neben deutlichen Schwachsinnssymptomen die grosse Verwirrtheit im Vorstellungsgebiete der Kranken. Solche Patienten sind offenbar ganz desorientiert und können ihre Aufmerksamkeit auch auf kurze Zeit kaum konzentrieren. Ihre Reden sind völlig incohärent, so dass ein geordnetes Gespräch mit ihnen nicht zu führen ist; doch sind graduelle Unterschiede auch hier wahrnehmbar. Ich habe dieses Ausgangsstadium an 5 von den 17 ehemals Maniakalischen beobachtet. Es ist in seiner Entstehung wohl als eine höhere Potenz des vorher beschriebenen Zustandes aufzufassen. Denn während bei dem als sekundäre Verrücktheit bezeichneten Ausgange noch eine leichte Fixirung von Wahnideen stattfand, haben sich dieselben bei dem verwirrten Schwachsinn ganz in ein sinnloses Konglomerat verwandelt. Die Grösse der intellektuellen Defekte bei diesen Kranken ist sehr schwer zu ermitteln, da die Verwirrtheit im Vorstellungsgebiete oft jede Verständigung ausschliesst.

Von diesem Zustande erscheint der des aufgeregten Blödsinns doch einigermassen different. Hier macht sich neben der Verwirrtheit im Vorstellungsgebiete der Kranken auch eine erhebliche Erregung des Gemütes

und eine grosse motorische Unruhe bemerkbar. Die Kranken agieren lebhaft umher, ihr Affekt steigert sich leicht, sie schreien, lärmen und haben Neigung aggressiv zu werden. Als Ausgang von Manie habe ich diesen Zustand nur 1 Mal gefunden. Er trat erst im 26. Jahre der Krankheit ein, nachdem der Patient bis dahin ein ruhiger Schwachsinniger gewesen war.

Eine Manie kann auch in einfache Schwachsinnszustände ohne Verwirrtheit und ohne Aufregung übergehen. Graduell findet man hierbei alle Stufen des Schwachsinns. In geringere Schwachsinnsgrade gingen 4 Fälle von Manie aus. Bei ihnen besteht doch noch immer eine gewisse Erregbarkeit des Gemütes, leidliche intellektuelle Fähigkeiten und hinreichende Aufmerksamkeit, um ein geordnetes Gespräch zu führen. Die Defekte, die sich geltend machten, waren bei den verschiedenen Patienten verschiedener Art. Bei dem einen hatte vor allem das Gedächtnis, bei dem andern die Willenssphäre, bei einem dritten die Fähigkeit, kompliziertere Gedankenkombinationen (Rechnen) auszuführen, gelitten. Aber die psychische Schwächung war in jedem Falle nachzuweisen.

Die Entwickelung dieses Schwächezustandes beruht wohl sicher auf einer Erschöpfung der Centralorgane durch die maniakalische Exaltation. So kommt es, dass, selbst wenn die Erregung vorübergegangen ist, eine restitutio ad integrum nicht mehr stattfinden kann, weil eben die Centren schon nicht mehr regenerationsfähig sind. In den schwersten Fällen findet die Affektion der Centralorgane auch in anatomischen Veränderungen Ausdruck.

Klinisch erscheinen die Fälle der grössten psychischen Schwächung unter dem Bilde des apathischen Blöd-

sinns, der an dem hier untersuchten Materiale 5 Mal als Ausgang von Manie zur Beobachtung kam. Der Zustand dieser Kranken ist durch eine völlige Apathie des Gemütes, grosse motorische Regungslosigkeit und auch schwere intellektuelle Defekte gekennzeichnet. Solche Patienten äussern nie einen Wunsch, sprechen überhaupt sehr wenig oder gar nicht und sind nicht selten unrein, doch nehmen einige noch freiwillig Nahrung zu sich, wenn sie ihnen vorgesetzt wird. Ein solcher Zustand ist wohl zweifellos der Ausgang derjenigen Manieen, die durch Heftigkeit und lange Dauer der Erreguug ausgezeichnet waren.

Bei den 170 sekundären Kranken konnte 50 Mal hallucinatorisches Irresein als primäre Affektion ermittelt werden Als hallucinatorisches Irresein ist hier diejenige Psychose bezeichnet, welche durch lebhafte Hallucinationen und daran anknüpfende flüchtige Wahnideen charakterisiert ist. Zum Unterschiede von der primären Verrücktheit entbehren aber die Wahnideen der hallucinatorischen Irren jeder Systematik und sind, namentlich auf der Höhe des Affektes, einem beständigen Wechsel unterworfen. So kann als Grad der Krankheit völlige Verwirrtheit der Patienten eintreten.

Der Ausgang, den die ungeheilt bleibenden Fälle von hallucinatorischem Irresein nehmen, kann verschiedentlicher Art sein. Einmal kann sich die Verwirrtheit im Vorstellungsgebiete der Kranken als dauernder Zustand festsetzen, indem die Patienten durch eine eintretende psychische Schwächung ihre Orientierung nicht mehr wiederzugewinnen vermögen, selbst wenn die Hallucinationen aufhören. Doch ist in diesen Fällen auch die Persistenz der Hallucinationen die Regel. Der so entstehende Zustand von verwirrtem Schwachsinn ist

von dem aus Manie hervorgegangenen, gleich benannten Ausgangsstadium, in keiner Weise zu unterscheiden. Er findet sich auch annähernd gleich häufig bei beiden Psychosen. Von den erwähnten 50 hallucinatorischen Irren haben 16 diesen Ausgang genommen (von 17 maniakalischen Kranken 5).

4 Fälle von hallucinatorischem Irresein sind in einen Zustand gelangt, in welchem neben der Verwirrtheit auch eine grosse Gemütserregung, Neigung zu Aggressivität und eine bedeutende motorische Unruhe auffiel. Auch dieser Zustand ist dem aus Manie entstandenen und als aufgeregter Blödsinn bezeichneten Ausgange ganz analog.

Das hallucinatorische Irresein kann auch in Schwachsinnszustände ohne Verrwirrtheit oder Aufregung übergehen. Die Bedingungen für einen solchen Ausgang sind gegeben, wenn bei dem Nachlass der Hallucinationen eine psychische Schwächung schon Platz gegriffen hat. Der Kranke gewinnt dann seine Orientierung und viele geistige Fähigkeiten wieder, aber gewisse Defekte sind irreparabel geworden. Die Hallucinationen brauchen in diesen sekundären Schwachsinnszuständen nicht zu verschwinden; ihre Persistenz war sogar an den hier beobachteten Fällen das Häufigere.

Ich sah 12 Fälle von hallucinatorischem Irresein in Schwachsinn mit Hallucinationen ausgehen, und zwar hallucinieren einige von diesen Kranken schon seit 15—20 Jahren, einer sogar seit 28 Jahren. Es ist also wohl auch der Schwachsinn mit Hallucinationen ein definitiver Ausgang, und ein Erlöschen der Hallucinationen in diesen Fällen nicht mehr zu erwarten. Manche Patienten knüpfen auch noch im sekundären Zustande an Hallucinationen Wahnideen an. Dieselben verraten sich aber

sogleich als Produktionen eines geschwächten Gehirnes. Sie sind den plumpsten Grössenideen der Paralytiker ähnlich, widersprechen einander oft augenfällig, ohne dass die Kranken den Widerspruch empfinden. Die Hallucinationen haben in den sekundären Schwächezuständen nicht mehr die mächtige Wirkung auf den Patienten. Er nimmt sie allmählich als etwas gewohntes hin und äussert die daran anknüpfenden Wahnideen nur noch auf direktes Befragen, produziert sie vielleicht erst im Augenblick der Frage. Ein solcher Zustand kann also trotz vorhandener Wahnideen mit einer sekundären Verrücktheit nicht auf eine Stufe gestellt werden, und es ist mit Recht von verschiedenen Seiten (Krafft-Ebing) hervorgehoben worden, dass ein Uebergang von hallucinatorischem Irresein in wirkliche Verrücktheit gar nicht möglich ist.

In 8 Fällen habe ich das hallucinatorische Irresein in Schwachsinnszustände ohne Hallucinationen ausgehen sehen. Hier ist also auch das letzte Merkmal des primären Leidens geschwunden, und der jetzt vorhandene Zustand ist von Schwachsinnszuständen, die auf anderer Basis entstanden sind, nicht mehr zu unterscheiden. Der Grad der psychischen Schwächung kann auch hier die verschiedensten Abstufungen zeigen.

Sehr schwer ist die Frage zu beantworten, welche Fälle von hallucinatorischem Irresein wohl in Schwachsinnszustände mit Hallucinationen und welche in solche ohne Hallucinationen übergehen. Bezüglich des Alters, Geschlechtes, der mutmasslichen Ätiologie und der Dauer des Leidens liessen sich für keine der beiden Gruppen gemeinsame Gesichtspunkte auffinden. Verfasser möchte daher eher annehmen, dass vornehmlich die Intensität des primären Leidens bezw. die Widerstandsfähigkeit des Patienten den Ausgang bestimmt. Es würde dabei der

einfache Schwachsinn ohne Hallucinationen der geringsten Intensität des Leidens bezw. der grössten Widerstandskraft des Patienten entsprechen. Eine solche Anschauung wird vor allem auch dadurch gestützt, dass von den schon vorher imbecillen Kranken, die von hallucinatorischem Irresein befallen wurden, nicht ein einziger in diesen leichtesten Ausgangszustand gelangt ist. Es wird darüber in dem besonderen Abschnitte über hallucinatorisches Irresein bei Imbecillen noch einiges gesagt werden.

Der Ausgang von hallucinatorischem Irresein in apathischen Blödsinn konnte 6 Mal beobachtet werden. Es handelte sich hierbei ausnahmslos um Kranke, bei denen der Verlauf der Psychose durch Aufregungszustände ausgezeichnet war. Alle diese Patienten verblödeten ungemein schnell; ihre Demenz ist in ihrer Entstehung der Verblödung nach Manie wohl ganz analog

Von dem apathischen Blödsinn durchaus verschieden ist ein Zustand, den ich nur als Ausgang von hallucinatorischem Irresein, und zwar in 4 Fällen, gesehen habe. Es besteht bei diesen Kranken ein Stupor, doch sind zweifellos noch Hallucinationen bei ihnen vorhanden. Trotzdem die Kranken auf keine Anrede reagieren, auch nicht zum Reden zu bewegen sind, sieht man ihnen doch deutlich an, dass sie die Fragen verstehen. Schon der Gesichtsausdruck ist von dem der Dementen ganz verschieden. Eine Kranke starrte unausgesetzt an die Ecke, fixierte dabei stets denselben Punkt und sprach auch, wenn sie sich nicht beobachtet glaubte, zuweilen einige schimpfende Worte. Andere Kranke gestikulierten nur lebhaft umher, nahmen allerlei theatralische Stellungen ein und gaben sich offenbar ihren Hallucinationen ganz hin. Es ist sehr wohl möglich, dass alle diese Patienten lediglich unter dem Drucke ihrer Hallucinationen auf die

Umgebung nicht reagieren. Wenigstens verweigert eine weibliche Kranke gleichzeitig schon seit über 3 Jahren die Nahrung und muss fortdauernd gefüttert werden.

Bei 68 von den 170 sekundären Fällen hat sich Paranoia als primärer Symptomenkomplex ergeben. Es ist mit diesem Namen dasjenige Krankheitsbild bezeichnet worden, welches durch ein ausgebildetes Wahnsystem, meist Beeinträchtigungs- und Förderungsideen ausgezeichnet ist. Die Wahnideen sind primäre Schöpfungen des kranken Gehirns und nicht wie bei Melancholie oder Manie durch den krankhaften Affekt hervorgebracht. Sie knüpften häufig an Hallucinationen, die auf der Höhe der Krankheit nur selten ausbleiben an; doch sind die Hallucinationen zum Begriffe der Paranoia nicht absolut erforderlich.

Der gewöhnliche Ausgang der unkomplizierten Paranoia ist die sekundäre Verrücktheit, d. h. ein Zustand, der sich aus dem primären in der Weise entwickelt hat, dass die Wahnideen fix geworden sind, gleichzeitig aber durch eine eintretende psychische Schwächung die mächtige Wirkung auf den Kranken eingebüsst haben. Die sekundär Verrückten handeln nicht mehr nach ihren Wahnideen, sie sind, obwohl sie sich meist für hohe Persönlichkeiten halten, oft zu mechanischen Arbeiten zu haben, ohne den Widerspruch zwischen ihrem Thun und ihren Ideen zu empfinden. Die Hallucinationen lassen an Intensität immer nach, doch bleiben sie in vielen Fällen das ganze Leben hindurch bestehen. Die eintretende psychische Schwächung zeigt sich vor allem in der Gemütssphäre und, wie erwähnt, in der Kritiklosigkeit, mit der diese Kranken die Differenz zwischen ihrem Thun und ihrem Wahn übersehen. Eine weitergehende intellektuelle Störung gehört nicht zum Wesen

der sekundären Verrücktheit, wenn sie auch oft vorhanden sein mag.

In sekundäre Verrücktheit ohne Hallucinationen gingen von den 68 Paranoikern 17 über. Bei diesen Kranken waren also entweder Hallucinationen nie vorhanden gewesen oder sie sind wieder ganz verschwunden. 4 Kranke versuchten auch die Wahnideen abzuleugnen und zu dissimulieren, doch ging aus ihrem Thun und Treiben sowie aus gelegentlichen Bemerkungen, die sie machten, deutlich hervor, dass sie fixierte Wahnideen haben.

In sekundäre Verrücktheit mit Hallucinationen gingen 20 von den 68 Verrückten über. Die Intensität der Hallucinationen war in den einzelnen Fällen ziemlich verschieden. Bei einigen Kranken hatten die Hallucinationen noch immer einen recht erheblichen Einfluss namentlich auf die Stimmung der Patienten. Andere Kranke reagierten aber kaum noch auf ihre Hallucinationen und bekannten sie nur auf direktes Befragen.

Eine erhebliche Anzahl von Paranoiafällen nehmen aber einen ganz anderen Ausgang. Bei ihnen werden, oft in rascher Folge, immer neue Wahnsysteme gebildet, die sämmtlich fix werden können. Die Bildung dieser Wahnsysteme schliesst sich meist an hallucinatorische Erregungszustände, wie sie ja im Verlaufe der Paranoia so überaus häufig sind, an, und vornehmlich wird auch der Inhalt dieser Hallucinationen für das Wahnsystem selbst verwendet. Der schliesslich daraus resultierende Zustand ist der einer völligen Verwirrtheit, indem die Kranken bald in dem einen, bald in dem anderen Wahnsysteme sprechen. Dass mit dem Eintritte der

Verwirrtheit auch eine psychische Schwächung der Kranken stattfindet, ist wohl zweiffellos Ich habe diesen Ausgang bei 12 von den 68 Paranoikern beobachtet.

In 6 weiteren Fällen trat neben der Verwirrtheit eine so grosse Gemütserregung und motorische Unruhe ein, dass die Kranken durchaus das Bild des früher beschriebenen aufgeregten Blödsinns boten.

In einer nicht sehr grossen Anzahl von Fällen ergreift die Verwirrtheit nicht das ganze Vorstellungsgebiet der Kranken. Nur gewisse Wahnsysteme lösen sich in Verwirrung auf, während andere noch erhalten bleiben. Es entsteht also ein Zustand von Verwirrtheit neben sekundärer Verrücktheit, welcher an dem hier untersuchten Materiale 5 Mal zur Beobachtung kam. Solche Kranken geben über einzelne Wahnsysteme noch eine logische, verständliche Auskunft dagegen erhält man auf andere Fragen nur eine gänzlich zusammenhanglose Rede als Antwort Dieser Zustand ist wegen der vorhandenen fixen Wahnideen noch als Ausgang von Paranoia zu erkennen, während bei der völligen Verwirrtheit die Diagnose ohne Zuhilfenahme der Anamnese kaum zu stellen ist.

Eine Paranoia kann auch in einfache Schwachsinnszustände ohne Verwirrtheit übergehen. Häufig ist dieser Ausgang aber nicht, und alle Autoren betonen, dass er durch komplikatorische Processe hervorgebracht würde. Krafft-Ebing sieht ihn in erster Linie als Ausdruck von senium praecox an, gibt aber auch alkoholischen und sexuellen Excessen oder komplikatorischen Psychosen die Schuld. Vielleicht können schon die hallucinat. Exaltationen im Verlaufe der Paranoia, wenn sie sehr heftig und häufig auftreten, die Rolle einer komplizierenden Psychose spielen Sonst aber sind auch an den hier unter-

suchten Fällen wiederholt wirkliche maniakalische Erregungszustände im Verlaufe der Krankheit konstatiert worden. Dass diesen die Fähigkeit zukommt zur Demenz zu führen, ist wohl zweifellos.

An dem hier vorliegenden Materiale wurde nur zweimal einfacher Schwachsinn ohne Spuren früherer Wahnideen als Ausgang von Paranoia beobachtet. In beiden Fällen war der tiefste apathische Blödsinn nicht erreicht; ich habe ihn als Folgezustand von Paranoia bei nicht imbecillen Kranken überhaupt nicht gesehen.

Häufiger als einfache Schwachsinnszustände, nämlich 6 Mal, konnten deutliche Uebergänge von sekundärer Verrücktheit in Schwachsinn nachgewiesen werden. Hier waren fixierte Wahnideen noch vorhanden, die auch auf eingehendes Befragen geäussert wurden, aber im wesentlichen beherschte schon eine erhebliche Demenz das ganze Krankheitsbild Vielleicht sind alle diese Fälle noch nicht zum definitiven Abschlusse gelangt.

Zu den seltenen Affektionen, welche zu sekundären Schwächezuständen führen, gehört der primäre (heilbare) Schwachsinn, wie er sich nach erschöpfenden Krankheiten, nach grossen psychischen Emotionen und auf neurasthenischer Basis entwickelt. Von den hier untersuchten 170 Kranken wurde nur in 8 Fällen primärer Schwachsinn als Krankheitsbild ermittelt. Bei 4 von diesen Fällen war der Ausgang apathischer Blödsinn, bei 4 anderen schritt dagegen der psychische Zersetzungsprocess nicht so weit fort; es wurde ein geringerer Schwachsinnsgrad als bleibender Zustand fixiert.

Eine eigene Betrachtung sollen nunmehr noch diejenigen Fälle finden, bei denen die primären Psychosen

ein schon vorher imbecilles Individuum betrafen. Dass bei Imbecillen Geistesstörungen durchaus nicht selten vorkommen, ist allgemein anerkannt. Die Ausgänge der Psychosen bei Imbecillen sind natürlich von denen bei vorher gesunden Irren nicht prinzipiell verschieden. Aber es konnte an dem hier zur Beobachtung gelangten Material doch im allgemeinen festgestellt werden, dass bei Imbecillen die höheren Grade der Demenz häufiger als bei vorher Gesunden. sind.

Am wenigsten kam dieses Verhältnis noch bei der Imbecillität mit Manie, wovon 7 Fälle zur Beobachtung gelangt sind, zum Ausdruck. Es ist das auch kaum anders zu erwarten, da die Manie, die eine so bedeutende Steigerung der psychischen und körperlichen Funktionen mit sich bringt, ohnehin am ehesten zu den tiefergehenden Erschöpfungszuständen führt. Immerhin erscheint es bemerkenswert, dass von den 7 Fällen von Manie bei Imbecillen nur 1 = 14,3% zu einem Schwachsinnszustande geringeren Grades geführt hat, während von den 17 Maniefällen bei vorher Gesunden 4 = 23,5% diesen Ausgang nahmen. Die andern 6 Fälle von Manie bei Imbecillen führten zweimal zu apathischem Blödsinn, zweimal zu aufgeregten Blödsinn, zweimal zu Blödsinn mit völliger Verwirrtheit.

Schon erheblich deutlicher kam die ungünstige Prognose der Psychosen bei Imbecillen an 10 Fällen von hallucinat. Irresein, das bei Imbecillen konstatiert wurde, zum Ausdruck. Während nämlich bei den 50 vorher gesunden Hallucinanten 8 = 16% nur in einen geringeren Schwachsinnszustand ohne Hallucinationen übergingen, nahm, wie schon früher einmal erwähnt, von den Imbecillen kein einziger diesen Ausgang.

In den demnächst geringsten Schwächezustand, in Schwachsinn mit Hallucinationen, ging nur 1

Imbeciller = 10%, dagegen 12 vorher gesunde Halluzinanten = 24% über. Von den andern 9 Imbecillen, die von hallucinatorischem Irresein befallen wurden, gingen 8 in Schwachsinn mit völliger Verwirrtheit, 1 in apathischen Blödsinn über.

Echte Paranoia haben nur 4 von den 21 Imbecillen, die sich unter den 170 sekundären Kranken befanden, gezeigt. Bei ihnen ist der ungünstige Ausgang der Psychosen bei Imbecillen am deutlichsten ausgesprochen. Alle 4 Kranke gingen in Demenzzustände über, bei keinem einzigen ist sekundäre Verrücktheit oder ein geringerer Schwachsinnszustand zur Beobachtung gekommen. 2 Patienten gingen in einen Zustand von Schwachsinn mit völliger Verwirrtheit, 1 in aufgeregten Blödsinn und hier auch 1 Patient in apathischen Blödsinn über, ein Ausgang, der wie schon erwähnt, bei den 68 nicht imbecillen Paranoikern niemals beobachtet wurde.

Wenn man das Ergebnis der vorstehenden Untersuchungen, namentlich im Hinblick auf die in der Einleitung berührte Frage der Prognostik prüft, so muss man zugestehen, dass es auch bei eingehender Berücksichtigung aller begleitenden Umstände nicht möglich gewesen wäre, aus der primären Affektion den genaueren Ausgang in jedem einzelnen Falle vorherzusagen. Diese Erkenntnis hat nun schon seit längerer Zeit zu Bemühungen geführt, neben dem blossen Symptomenkomplex, welcher das primäre Krankheitsbild darstellt, auch wirkliche vollständige Krankheitstypen aufzufinden. Aber die allgemeine progressive Paralyse und das Delirium acutum sind bisher die einzigen Typen geblieben, die allseitig anerkannt worden sind. Die Krankheitsbilder der Katatonie, Hebephrenie etc., wie sie namentlich von Kahlbaum aufgestellt und ver-

teidigt worden sind, haben keinen Eingang in weitere Kreise der Psychiatrie gefunden. Und doch liegt in der Konstruktion solcher Krankheitsbilder vielleicht der geeignetste Weg, um zu einer besseren Prognostik der Psychosen zu gelangen, auch bevor wir einmal die pathologisch-anatomischen Grundlagen der psychischen Anomalien kennen. Deshalb werden die Bestrebungen Kahlbaums wohl nicht vereinzelt bleiben, aber die weitere Untersuchung der Ausgangsstadien von Psychosen wird sicher ein wertvolles Material für solche Forschungen liefern.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Grashey für die bereitwillige Ueberlassung des Materials, sowie für die so überaus freundliche Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen. Das Wohlwollen und der in reichem Masse gewährte Rat, den Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Grashey mir bei meinen Arbeiten zu teil werden liess, werden mir jederzeit in dankbarer Erinnerung bleiben.

Tabellarische Uebersicht über die Ausgangsstadien der Psychosen umstehend!

Tabellarische Uebersicht über die Ausgangsstadien der Psychosen.

	Apathischer Blödsinn	Aufgeregter Blödsinn	Schwachsinn mit Verwirrtheit	Geringere Schwachsinnsgrade mit Hallucinationen	Geringere Schwachsinnsgrade ohne Hallucinationen	Stupor mit Hallucinationen	Sekundäre Verrücktheit ohne Hallucinationen	Sekundäre Verrücktheit mit Hallucinationen	Sekundäre Verrücktheit mit Verwirrtheit	Sekundäre Verrücktheit mit Schwachsinn	Summa
Melancholie	0	0	0	0	5	0	0	1	0	0	6
Manie	5	1	5	0	4	0	0	2	0	0	17
Hallucinatorisches Irresein	6	4	16	12	8	4	0	0	0	0	50
Paranoia	0	6	12	1	1	0	17	20	5	6	68
Primärer Schwachsinn	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	8
Imbecillität mit Manie	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	7
Imbecillität mit halluc. Irresein	1	0	8	1	0	0	0	0	0	0	10
Imbecillität mit Paranoia	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	4